

И.В. СЕРГЕЕВА, В.П. БАСКАКОВ,
Ю.А. ШНЕЙДЕР, О.А. СЛИВИН,
А.А. ПЕТРОВ, С.П. ЖОРИН,
В.В. ТОЛКАЧЕВ

Областная клиническая больница,
ЦМСЧ-122,
Санкт-Петербург

НЕСТАНДАРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**В статье представлены два
клинических наблюдения
хирургического лечения
гинекологических больных с
сопутствующей патологией
сердечно-сосудистой системы.**

Лечение больных эндометриозом, страдающих соматической патологией, порой представляет значительные трудности. Особую проблему составляет наличие кардиальной патологии, требующей хирургического лечения. При этом нередко развивается синдром взаимногоотяжения, что диктует необходимость поиска нестандартного решения задачи. Подтверждением сказанному являются следующие наблюдения:

1. Больная С., 49 лет (история болезни 8339), поступила в гинекологическое отделение ЛОКБ 20.05.96 г. с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся с января 1996 г. и усилившиеся с 1.04.96 г. Страдает метроррагиями в течение трех лет, но к врачу не обращалась. Впервые обратилась к врачу 30.03.96 г. и была госпитализирована в гинекологическое отделение Кировской ЦРБ, где произведено выскабливание полости матки (гистология: эндометрий в стадии пролиферации). Проводилась антибактериальная терапия, гемотрансфузия донорской крови в связи с анемией. Но ввиду продолжающейся метроррагии больная переведена в гинекологическое отделение ЛОКБ Санкт-Петербурга.

Менstrуальные с 15 лет, через 28 дней, болезненные, по 5 дней, умеренные. В течение трех лет страдает нарушением менструального цикла по типу менометроррагии. Р - 1, А - 3. С 7 лет страдает ревматизмом, недостаточностью митрального клапана; 1990 г. - грыжесечение; 1992 г. - холецистэктомия. С 1993 г. - глубокий тромбоз вен голени.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Жалобы на слабость и периодически усиливаю-

щиеся кровянистые выделения из половых путей, одышку при ходьбе и физической нагрузке. Больная осматривается зав.кардиологическим отделением: АД 100 и 60 мм рт.ст., пульс 84 удара в 1 мин. Произведена эхокардиография. Диагноз: вторичный инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана, митральная недостаточность IV степени. Легочная гипертензия II степени, миокардитический кардиосклероз, НК 2Б (NYHA). Гинекологический диагноз: фибромиома матки, эндометриоз матки, нарушение менструального цикла по типу менометроррагии, приводящее к анемии.

Больной назначается кардиальная терапия, антибактериальная терапия. 24 мая (через два дня от момента поступления) у больной возникает маточное кровотечение. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы сухие, бледные. Пульс 86 ударов в 1 мин, ритмичный, АД 100 и 60 мм рт.ст. Экстренно проводится консилиум с участием кардиолога, кардиохирурга, кардиореаниматолога. Ставится диагноз: фибромиома матки, эндометриоз матки, маточное кровотечение, вторичный инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана. Митральная регургитация IV степени. Легочная гипертензия II степени. Сердечная недостаточность 2Б степени по NYHA. Заключение: учитывая маточное кровотечение, периодически повторяющееся с января, неэффективность проводимой терапии (выскабливание полости матки, сокращающие средства), показано экстренное оперативное лечение по жизненным показаниям. Решено с учетом тя-

Журнал
акушерства
и женских
болезней



желой сопутствующей экстрагенитальной патологии одновременно произвести протезирование митрального клапана, так как имеются абсолютные показания к оперативному лечению ИЭ. Риск операции очень высокий. Согласие больной на операцию получено.

24.05.96 г. в 15 ч 45 мин производится нижняя срединная лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки с придатками; протезирование митрального клапана дисковым низкопрофильным протезом ЭМИКС-31 в условиях экстракорпорального кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии, санация полостей сердца.

В послеоперационном периоде получала антибактериальную терапию (цефамизин 6,0 г внутривенно, метрагил 100,0 х 3 раза внутривенно, гентамицин 240 мг, переливание крови, сердечные препараты, гепаринотерапию); через трое суток переводится из кардиореанимационного отделения. На 25-е сутки в связи с наличием прикультевой гематомы было произведено дренирование малого таза.

На 34-е сутки после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога, ревматолога и кардиохирурга. В настоящий момент состояние больной удовлетворительное, трудоспособность восстановлена полностью.

2. Больная Л., 47 лет (история болезни 7662), поступила в отделение кардиохирургии областной клинической больницы 6.05.97 г. с жалобами на одышку, слабость, ухудшение общего состояния, усиливающиеся во время и после месячных, обильные месячные, тянущие боли внизу живота и глубине таза накануне и во время месячных; постоянные боли в спине (пациентка страдает остеохондрозом позвоночника 11 и 12 Th).

Месячные с 16 лет, по 6 дней, через 28 дней, обильные и болезненные до родов. Беременность одна, закончилась родами в 1981 г. Боли при месячных прекратились, но остались обильными, со сгустками, до 6 дней. С детства пациентка страдает аор-

тальным стенозом без клинических проявлений. Однако с развитием гипохромной анемии с 1995 г. (гемоглобин снижается до 80 г/л) появилась одышка, усиливающаяся во время и после месячных. В 1973 г. диагностирован эндометриоз матки. Проводилось лечение нон-овлоном, бисекурином, микроклизмами с йодистым калием, однако с незначительным эффектом, т.к. развилась хроническая анемия. В 1985 г. производится диатермохирургическое лечение эрозии шейки матки. В 1985 г. больная перенесла болезнь Боткина.

Рост 170 см, масса тела 74 кг, пульс 84 уд. в 1 мин, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Границы сердца умеренно расширены влево. Тоны сердца ослаблены. Во всех аускультированных точках выслушивается грубый систолический шум с эпицентром над аортой, проводящийся на сосуды шеи и вдоль левого края грудины; II тон резко ослаблен, протодиастолический шум. Ритм сердца правильный, АД 130 и 80 мм рт.ст. В настоящее время наличие резко выраженный кальциноз и аортальный клапанный стеноз с высоким градиентом давления на клапане. Гинекологический диагноз: диффузный аденомиоз матки, кистозная форма эндометриоза яичников, позадишеечный эндометриоз, гипохромная анемия.

В связи с наличием хронической гипохромной анемии и перенесенным гепатитом консервативная терапия больной с использованием гормональных препаратов представляется бесперспективной. Показано хирургическое лечение по поводу эндометриоза и заболевания сердца. В связи с необходимостью после операции на сердце пожизненного применения антикоагулянтов было принято решение произвести вначале гинекологическую операцию, а затем операцию на сердце.

15 мая 1997 г. под эндотрахеальным наркозом произведена операция чревосечения, экстирпация матки с придатками, иссечение позадишеечного эндометриоза. По ходу операции был произведен двухсторонний

уретеролиз. Макроскопическое состояние препарата было подтверждено гистологическим исследованием. Не прекращая наркоза, была произведена стернотомия, протезирование аортального клапана и санация полостей сердца в условиях экстракорпорального кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии.

В послеоперационном периоде проводилось необходимое лечение. 6 июня пациентка переведена на реабилитацию в кардиологическое отделение ЦМСЧ-122. Через месяц состояние удовлетворительное, восстанавливается трудоспособность. С целью профилактики остеопороза назначена заместительная гормонотерапия овестинном в сочетании с препаратом Bone Meal (кальция- и фосфорсодержащий препарат) и антиоксидантом пикногенолом.

Представленные наблюдения свидетельствуют о сложном лечении гинекологических больных, когда консервативная терапия противопоказана и имеется кардиологическая патология, требующая хирургического лечения.

В подобных ситуациях вопрос о лечении должен решаться совместно всеми заинтересованными специалистами. И если пациенткам показано хирургическое лечение по поводу гинекологического заболевания и сердечной патологии, после чего требуется длительное применение антикоагулянтов, то операцию следует начинать с вмешательства на гениталиях, лишь после этого будет следовать операция на сердце. Временной интервал между операциями (под одним наркозом или через какое-то время) решается анестезиологом и реаниматологом кардиохирургического отделения.

Точно так же при наличии кардиологической патологии и необходимости гинекологической операции следует обратиться за помощью к анестезиологам и реаниматологам именно кардиохирургического отделения для решения вопроса об объеме предоперационной кардиологической подготовки, и еще лучше, если они проведут анестезию во время операции.